

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure*

Par A. NATANSON

DE L'OPÉRATION RADICALE  
DE LA HERNIE INGUINALE CHEZ LES ENFANTS

Ses suites immédiates et éloignées

Ses indications et ses contre-indications

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { DELBET, professeur.  
JALAGUIER, LEJARS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895





Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure*

Par A. NATANSON

DE L'OPÉRATION RADICALE  
DE LA HERNIE INGUINALE CHEZ LES ENFANTS

Ses suites immédiates et éloignées  
Ses indications et ses contre-indications



*Président : M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : MM. { DELBET, professeur.  
JALAGUIER, LEJARS, agrégés*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

113



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                 | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                            | MM.            |
| Anatomie . . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                              | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                            | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                    | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                          | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                            | { DIEULAFOY.   |
|                                                                         | DEBOVE.        |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                        | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | CORNIL.        |
| Histologie. . . . .                                                     | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils. . . . .                                        | TERRIER.       |
| Pharmacologie. . . . .                                                  | POUCHET.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                              | LANDOUZY.      |
| Hygiène. . . . .                                                        | PROUST.        |
| Médecine légale. . . . .                                                | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LABOULBENE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                           | STRAUS.        |
|                                                                         | G. SEE.        |
| Clinique médicale. . . . .                                              | { POTAIN.      |
|                                                                         | JACCOUD.       |
|                                                                         | HAYEM.         |
|                                                                         | GRANCHER.      |
| Maladie des enfants. . . . .                                            | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                       | TILLAUX.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | { BERGER.      |
|                                                                         | DUPLAY.        |
|                                                                         | LE DENTU.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                      | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                       | { TARNIER.     |
|                                                                         | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

## Agrégés en exercice.

|              |            |               |            |
|--------------|------------|---------------|------------|
| MM. ALBARRAN | MM. DELBET | MM. MARIE     | MM. RICARD |
| ANDRÉ        | FAUCONNIER | MAYGRIER      | ROGER      |
| BALLET       | GAUCHER    | MÉNÉTRIÉR     | SCHWARTZ   |
| BAR          | GILBERT    | NÉLATON       | SEBILLEAU  |
| BRISSAUD     | GLEYS      | NETTER.       | TUFFIER    |
| BRUN         | HEIM       | POIRIER, chef | VARNIER    |
| CHANTEMESSE  | JALAGUIER  | des travaux   | VILLEJEAN  |
| CHARRIN      | LEJARS     | anatomiques   | WEISS      |
| CHAUFFARD    | LETULLE    | QUENU         |            |
| DEJERINE     | MARFAN     | RETTERRER     |            |

*Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MES PREMIERS MAÎTRES DE LA FACULTÉ  
DE MOSCOU

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité  
Membre de l'Académie de médecine  
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. REMY

Chirurgien de la Maison départementale de Nanterre



DE L'OPÉRATION RADICALE  
DE LA  
HERNIE INGUINALE CHEZ LES ENFANTS

Ses suites immédiates et éloignées

Ses indications et ses contre-indications

---

*HISTORIQUE*

Le sujet dont nous devons nous occuper est une question tout à fait contemporaine. On peut dire que le traitement opératoire de la hernie inguinale de l'enfance est né d'hier.

Jusqu'à ces derniers jours la littérature médicale semblait s'être cantonnée dans l'étude presque exclusive du traitement de la hernie inguinale chez l'adulte, avec les indications et contre-indications de l'opération radicale, ses divers procédés et leur technique.

Tous les résultats, toutes les discussions, se



rapportaient à la hernie de l'adulte. Sans être tout à fait délaissée, la hernie inguinale infantile fut longtemps considérée comme relevant plutôt de l'art du bandagiste que du domaine de la chirurgie proprement dite.

Du reste, les résultats obtenus par le port du bandage dans certaines conditions ne sont pas à dédaigner.

Aussi voyons-nous les professeurs Lannelongue, Holmès, Gosselin, Tillaux et M. de Saint-Germain en conseiller l'usage.

Le fait que plusieurs de nos éminents chirurgiens n'ont pas appliqué l'opération radicale au traitement de la hernie inguinale infantile s'explique donc facilement alors que d'excellents maîtres en chirurgie infantile obtenaient encore des meilleurs résultats dans certaines conditions avec les anciennes méthodes. D'autres chirurgiens se déclarèrent nettement hostiles à l'intervention chirurgicale. Tel M. Lucas-Championnière, qui dans son travail remarquable *Sur la cure radicale des hernies* écrit les lignes suivantes :

« J'estime que chez les jeunes enfants dans  
« l'immense majorité des cas la cure radicale de  
« la hernie inguinale est inefficace, dangereuse,  
« et peut être remplacée par quelque chose de  
« plus simple ».

Toutefois à côté des adversaires de l'opération sanglante, nous voyons quelques chirurgiens s'occupant spécialement de chirurgie infantile prendre



parti dans ces dernières années pour le traitement chirurgical.

En 1890, M. le Dr Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon, fait paraître un travail *Sur la cure radicale des hernies de l'enfance*. En se fondant sur vingt cas d'opération radicale et tout en accordant certaines indications au bandage, cet auteur conclut nettement à la méthode opératoire dans certains cas bien délimités.

Quatre années plus tard, le même auteur, dans son livre intitulé : « *Les hernies inguinales de l'enfance*, 1894 », s'appuyant sur des nombreux faits nouveaux, considère l'opération radicale comme indiquée dans la plupart des cas et comme le mode de traitement de choix de la hernie inguinale de l'enfance.

En Allemagne, Karewsky publie 9 cas d'opération radicale de hernie chez les enfants du premier âge, parmi lesquels le plus jeune était de 9 mois, le plus âgé de 29 mois et arrive à ces conclusions que l'âge au-dessus de 2 ans est celui où les enfants supportent le mieux l'opération.

En Belgique, Charon, chef de clinique à l'hôpital Saint-Pierre (de Bruxelles), pratique avec succès la radicale chez un enfant de 5 ans.

Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille, publiant plusieurs cas d'opération radicale (1892), émit l'avis qu'il ne faut pas opérer avant la troisième année.

Le Dr Broca (*Revue mensuelle des maladies de*



*l'enfance*, 1892), se déclare partisan chaleureux de l'opération radicale chez l'enfant à partir de la troisième année.

Les résultats remarquables obtenus dernièrement par différents chirurgiens nous ont engagé à rechercher quelles sont les véritables indications de l'opération radicale de la hernie inguinale de l'enfance.

Nous établirons en quelques mots ce que nous entendons par l'opération radicale de la hernie inguinale. Auparavant, cependant, nous étudierons rapidement les différents modes de traitement applicables à cette affection, nous chercherons après à en établir les avantages et les inconvénients. Puis, après avoir étudié quelles sont les suites immédiates et éloignées de l'opération radicale nous en ferons ressortir les indications et contre-indications.

Mais auparavant nous tenons à remercier M. le professeur agrégé Remy, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; il nous a accordé d'assister aux deux opérations de la cure radicale de hernie et permis d'en prendre les observations.

Nous n'oublierons jamais toute la bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant nos études médicales en France.

Que M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu nous honorer en acceptant la présidence de notre thèse, soit assuré de notre profonde gratitude.



Nous nous rappellerons toujours ces heureux moments, malheureusement trop rares, qu'il nous a été donné de passer dans le service de cet éminent chirurgien, de cet excellent et vénéré maître.



*DES DIFFÉRENTS MODES DE  
TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE  
DE L'ENFANCE*

Au point de vue du traitement de la hernie inguinale deux cas peuvent se présenter : la hernie est étranglée ou ne l'est pas.

Si la hernie est étranglée, différents moyens peuvent être employés : bains chauds et prolongés, application de sangsues, sachets de glace au niveau de la hernie ; pulvérisations d'éther, ponctions de la hernie, attitude renversée du sujet. Mais ces moyens, qui comptent sans doute quelques succès, échouent dans la grande majorité des cas.

Deux moyens seulement ayant pour but de réduire l'intestin le plus tôt possible restent à la disposition du chirurgien : taxis et kélotomie.

Le taxis rend quelquefois des services et doit être tenté, mais non avec trop d'insistance même chez les adultes, à plus forte raison chez les enfants où la marche des accidents est très rapide. Le taxis peut devenir dangereux dans certains cas en déterminant chez les enfants la rupture du sac, réduction en masse, ou ce qui est encore plus grave en réduisant un point sphacélé de l'intestin. Je n'ai

qu'à citer les indications si nettement établies dans le *Traité de clinique chirurgicale* de M. le professeur Tillaux. Tome II. Pages 47-48.

« Employer le taxis dans la hernie inguinale  
« pendant les trois ou quatre premiers jours ; tou-  
« tefois, lorsque quarante-huit heures se sont  
« écoulées depuis le début des accidents, soyez  
« très circonspect et renoncez à ce moyen, pour  
« peu qu'il existe des signes d'inflammation  
« locale ».

« Le taxis échoue le plus ordinairement dans  
« la hernie congénitale ; il échoue à peu près  
« constamment dans la hernie inguino-intersti-  
« tielle, ce qui ne doit pas empêcher de le tenter  
« avec prudence dans ces deux variétés de hernie  
« inguinale ».

Le plus souvent c'est donc à la kélotomie qu'il faut avoir recours. Il est tout indiqué de terminer en ce cas l'opération par la cure radicale, car ainsi on a rempli deux indications, on a pourvu aux nécessités présentes en pratiquant la kélotomie d'urgence et on a en outre supprimé pour toujours la hernie cause de tous les accidents.

Mais l'opération, la cure radicale associée à la kélotomie d'urgence, n'est ici que secondaire, malgré son importance. Elle ne s'adresse pas à l'étranglement. La cure radicale n'est pas un mode de traitement de l'étranglement.

Etudions maintenant plus longuement les moyens employés contre la hernie non étranglée.



Voyons quels en sont les bienfaits et les inconvénients pour pouvoir les comparer à la cure radicale. Schwalbe et Lutton de Reims, il y a une vingtaine d'années, ont proposé les injections péri-herniaires d'alcool ; l'alcool ayant pour propriétés d'irriter les tissus et d'amener à la longue leur sclérose, on arriverait par ces injections longtemps répétées à déterminer des adhérences entre les parois du sac et à former ainsi une barrière à la hernie.

Outre la douleur intense que provoquent ces injections et la longue durée nécessaire pour obtenir un résultat, il est inutile d'insister longtemps sur le peu de valeur de cette méthode. Aussi les cas de guérison sont-ils peu nombreux. Nous nous arrêterons au contraire à un procédé bien plus important, le bandage.

#### DES BANDAGES

Nous n'étudierons pas le bandage au point de vue de la contention simple. Nous considérons, en effet, que contrairement à ce qui peut exister en certains cas chez l'adulte, la guérison complète doit être recherchée chez l'enfant. Demandons-nous si le bandage peut amener cette guérison complète. Or, il est certain que ce résultat est fréquemment obtenu. Recherchons donc dans quels cas ? Le bandage (qu'il soit en caoutchouc ou en ressort d'acier) par la pression continue

qu'il exerce sur le trajet inguinal amène une certaine irritation de la séreuse péritonéo-vaginale qui s'oblitérera.

Mais supposons ce canal séreux oblitéré, il faut que le trajet inguinal ne forme pas un canal béant, une voie toute ouverte aux viscères qui, poussés par le moindre effort, n'auront pas grande difficulté à rompre les adhérences encore fragiles, que l'irritation due au bandage a développées dans le prolongement inguinal ou scrotal du péritoine.

Il faut que ce canal ne soit pas un canal ou plutôt qu'il soit un canal virtuel, un simple trajet dont l'étroite lumière soit complètement remplie par le cordon spermatique qui le traverse. Il faut, en résumé, que ce trajet ait des piliers, que ces piliers soient bien conformés, bien rapprochés et résistants. Mais si l'un de ces piliers ou les deux manquent, s'ils sont ténus, mous, minces, éloignés, laissant entre eux une large baie (ce que sent très bien le doigt à travers les téguments), le bandage ne donnera aucun résultat appréciable, et ne sera qu'un moyen palliatif d'une infirmité. Il serait cependant peut-être excessif de refuser au bandage même dans ces cas toute action utile. Par le fait seul de la contention des viscères et de la pression qu'il exerce, il peut irriter les tissus, amener une légère rétraction du sac et préparer une exécution plus commode de l'opération radicale.

Ainsi dans certains cas (trop jeune âge, désir



des parents), bien que l'on soit sûr de l'échec au point de vue de la guérison véritable, le bandage peut être conseillé pendant plus ou moins longtemps, mais seulement comme palliatif utile et destiné à être plus tard remplacé par un moyen plus efficace.

Le bandage, d'autre part, est contre-indiqué dans les cas des hernies accompagnées d'ectopie testiculaire. Car, par le port d'un bandage on condamne le testicule à rester dans cette position anormale et l'on contribue à le fixer davantage encore.

Mais à part ces cas, le bandage peut et doit être employé. Il a donné de nombreuses guérisons.

Certaines cependant n'étaient qu'apparentes, il est vrai. Et un accès de coqueluche ou un simple rhume ont bien souvent été la cause de la réapparition d'une hernie regardée comme guérie. Cependant quand, au bout d'un an de port d'un bandage (jour et nuit comme le conseille M. le professeur Tillaux), on trouve un orifice inguinal parfaitement fermé, avec deux piliers solides et sans aucune impulsion sous l'influence de la toux ou d'un effort, la hernie peut être considérée comme guérie. L'est-elle réellement ? Oui, certes, dans bien des cas. Mais combien de cas cite-t-on où apparaissent des récidives plusieurs années après la guérison reconnue complète ?

Il y a donc, même dans les cas les plus parfaits de guérison constatée et due aux bandages, tou-

jours une certaine réserve à formuler. C'est là certes un inconvénient sérieux et dont nous parlerons plus tard.

Mais ce n'est pas le seul, et même dans les cas que nous résumerons plus bas, où le bandage a ses indications, il peut apparaître des inconvénients d'importance et de gravité variables, mais dont il faut tenir compte pour pouvoir juger ce mode de traitement et le comparer à la cure radicale.

Le bandage ne met pas nécessairement à l'abri de l'étranglement, qui, il est vrai, est relativement rare chez l'enfant.

Il doit être inamovible, c'est-à-dire qu'il doit être gardé jour et nuit. Cette inamovibilité du bandage est indispensable, condition « *sine qua non* » pour obtenir la guérison. Or, la durée du traitement est d'environ 12 mois au moins.

Beaucoup de chirurgiens pensent même qu'il faut faire porter le bandage pendant deux ou trois années pour obtenir une guérison complète.

Mentionnons aussi les difficultés que rencontre l'application du bandage chez les très jeunes enfants « qui font tous les efforts pour se débarrasser de cet engin qui les incommode, dont ils ne peuvent même comprendre ni l'utilité ni même l'obligation (Félizet) ».

Citons encore les lésions de la peau qu'amène la pression du bandage unie à l'irritation produite



par le contact des matières fécales et de l'urine qui ne le souillent que trop souvent.

Si l'enfant est plus âgé et docile c'est la crainte des efforts, la lassitude.

« Souvent, dit Félizet, la honte de l'obligation  
« de porter un bandage (sentiment fréquent chez  
« les jeunes garçons), et aussi la défiance de leurs  
« forces, l'obsession de l'inquiétude, la tristesse  
« de ne pas être comme les autres, impressions  
« tristes qui aboutissent chez les plus grands à  
« un état de mélancolie impossible à dissiper ». Enfin, les dangers dûs aux efforts font que pour l'enfant qui travaille à des divers labeurs, le bandage doit, si c'est possible, être supprimé et remplacé par un procédé qui assure la cure parfaite et rapide.

a) Pour nous résumer nous dirons avec Félizet, qu'avant le douzième mois, le bandage est d'une application difficile, presque impossible, et les hernies qui guérissent bénéficient plutôt d'une cure spontanée.

b) Entre un an et trois ans le bandage porté jour et nuit (comme le conseille M. le professeur Til-laux) peut donner la guérison, pourvu qu'il ne s'agisse pas des malformations des piliers et du trajet dont nous avons parlé plus haut et qui déterminent de grosses hernies progressives où l'opération de la cure radicale est indiquée d'emblée.

c) On peut considérer comme guéri, dit Félizet, un enfant de cet âge qui, après avoir porté douze

mois au moins un bandage présente le rapprochement des piliers et l'absence d'impulsion pendant la toux et les efforts.

Plusieurs chirurgiens portent ce délai à deux, même trois ans au moins.

d) Après la quatrième année les succès tout en étant incontestables, n'en sont pas moins plus rares et beaucoup plus longs à obtenir.

« Il y a, en effet, dit Félizet, dans la servitude  
« indéfinie du bandage une telle calamité que  
« beaucoup de parents demandent au chirurgien  
« d'intervenir pour délivrer le petit malade d'un  
« pareil assujettissement ».



## *OPÉRATION RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE*

### **Manuel opératoire.**

Notre intention n'est nullement de décrire longuement l'opération de la cure radicale de la hernie inguinale, ni de nous occuper de divers procédés opératoires.

Nous désirons seulement bien établir ce que nous comprenons sous cette dénomination « opération radicale de la hernie inguinale ».

Sans parler en effet de certaines opérations qui comme les injections périherniaires d'alcool de Luton, de Neaton et de Warren, ou la suture sous-cutanée du trajet inguinal inusitée de nos jours, ont reçu le nom d'opérations radicales, on sait que tous les chirurgiens ne comprennent pas de la même façon l'opération chirurgicale qui a pour but de faire disparaître la hernie et d'empêcher autant que possible sa réapparition. Nous serons donc bref sur ce chapitre. Les principaux points de l'opération radicale telle que la pratiquent la plupart des chirurgiens (sur l'enfant comme sur l'adulte) sont :

L'isolement du sac herniaire.

Ligature du collet, suivie de l'excision du sac.

La suture du trajet inguinal, telles sont les grandes lignes de l'opération. Entrons maintenant dans quelques détails :

Les différents temps de l'opération, bien et longuement décrits dans le livre de M. Félizet (1) sont au nombre de six.

Premier temps : Incision de la peau.

Deuxième temps : Recherche du cordon.

Troisième temps : Dissection du cordon.

Quatrième temps : Recherche du sac.

Cinquième temps : Ouverture, décollement du sac et ligature du collet, excision du sac.

Sixième temps : Suture du trajet inguinal. Félizet administre toujours, même aux tout petits, le chloroforme.

La quantité de chloroforme qu'on dépense varie suivant l'âge :

Au-dessous de deux ans, 8 grammes au plus suffisent :

Entre deux et dix ans, 10-15 grammes.

Entre dix et quinze ans, ne dépasser jamais 20 grammes.

Le chloroforme agit très vite chez les jeunes enfants et en moins de deux minutes on peut commencer l'opération.

1. Félizet, *loco citato*, édition 1894, page 237.



*Premier temps. — Incision de la peau.*

Nous n'insisterons pas sur les précautions antiseptiques indispensables.

Le lieu et la direction de l'incision sont variables suivant les auteurs.

M. Félizet préconise une incision « transversale, « parallèle au grand pli de flexion (au niveau du « pli de Vénus ; pli qui répond à l'inclinaison du « tronc sur le bassin) ou un peu au-dessous suivant l'âge, loin du scrotum et de la verge, « au-dessus des artères honteuses et en dedans « de l'artère sous-cutanée abdominale ». Pour lui cette incision présente les avantages notables.

Elle est directe, c'est-à-dire qu'elle conduit par le plus court chemin, au lieu où se passent les deux actes essentiels de l'opération. La ligature du collet et la suture des piliers.

Elle n'intéresse aucun vaisseau.

Elle ne porte pas sur la peau des bourses qui se laisse facilement sectionner par les fils de la suture, mais sur une peau vivace, ferme, sur laquelle la réunion immédiate s'obtient facilement.

La plupart des chirurgiens pratiquent au contraire une incision oblique parallèle au trajet inguinal.

Cette manière de faire nous paraît préférable.

Contrairement, en effet, à ce que dit M. le Dr Félizet, l'orifice inguinal externe n'est pas plus élevé chez l'enfant que chez l'adulte, puisque la limite inférieure est toujours le pubis.

Tout au plus, peut-il être plus allongé vers le haut. D'autre part, les artérioles qui peuvent se trouver ouvertes sont trop peu importantes pour nécessiter une ligature et nous sommes toujours maîtres d'une hémorrhagie, qui en somme n'est pas fréquente.

Quant à la peau des bourses elle supporte très bien les sutures, pourvu que les fils n'y soient pas laissés trop longtemps, ce qui est une règle chez les enfants.

#### *Deuxième temps. — Recherche du cordon.*

Après l'incision des plans superficiels on peut se servir pour écarter les lèvres de la plaie de l'écarteur à ressort de Félizet, qu'on peut en cas d'urgence remplacer par les pinces hémostatiques. Le cordon est assez facilement trouvé : on voit émerger une masse ferme, rosée, allongée, à peu près cylindrique, adhérente à l'orifice externe. C'est la gaine fibreuse commune qui contient les éléments du cordon et le sac herniaire.



*Troisième temps. — Dissection du cordon.*

Ce temps ne présente rien de spécial. Félizet se sert d'un bistouri au lieu des ciseaux qui rendent des services réels chez les adultes.

*Quatrième temps. — Recherche et isolement du sac.*

Ce temps est plus facile quand la hernie est sortie. Le sac est intimement accolé au cordon puisqu'il s'agit des hernies congénitales. Il faut, pour l'en séparer facilement, sectionner les différentes couches qui recouvrent la séreuse de façon à ne garder qu'elle comme sac. Ainsi non-seulement on l'isolera plus facilement des éléments du cordon, mais aussi de toutes les connexions jusque au niveau de l'orifice inguinal interne.

*Cinquième temps. — Ouverture du sac. —  
L'excision du sac. — Ligature du collet.*

Après l'ouverture du sac on réduira les viscères herniées. S'il existe de l'épiploon on le sectionnera sous ligature. S'il existe des adhérences (fait rare chez les enfants) on pourra ordinairement les rompre facilement. Si ces adhérences sont intestino-épiploïques ce qui est la règle, on sectionnera l'épi-

ploon à quelque distance de l'intestin. Puis à l'aide d'un fort catgut on fera la ligature du collet du sac le plus haut possible et on excisera la partie sous-jacente du sac.

*Sixième temps. — Suture du trajet inguinal.*

Ce dernier temps est extrêmement important, car c'est lui, qui s'il est bien fait, mettra l'enfant presque certainement à l'abri de la récurrence. Il fait, en effet, disparaître la baie inguinale, qui est un point faible de la paroi abdominale. M. Lucas-Championnière qui considère que « la suture des piliers n'a par elle-même aucune valeur » pratique un certain nombre de plans de sutures profondes qui suivant lui donnent naissance à une cicatrice résistante et suffisante.

Nous croyons avec Félizet et la plupart des chirurgiens qu'il est plus prudent de fermer le trajet inguinal par la suture de ses parois ou de ses piliers ou des bords de l'orifice si les piliers font défaut et que la cicatrice puissante de Lucas-Championnière, constituée par des sutures profondes ne peut donner de sécurité suffisante.

Est-il utile d'avoir recours au procédé complexe de Bassini (réfection d'une paroi antérieure et d'une paroi postérieure du trajet) ? Nous ne le croyons pas et, comme fait remarquer M. Félizet (1), ce

1. Félizet. *Loco citato*, pages 284-285.

procédé est inutile chez l'enfant. Difficile à mettre en pratique chez les adultes il est impossible à exécuter chez les enfants.

(M. Félizet a fait l'essai sur le cadavre d'un enfant de trois ans porteur d'une grosse hernie inguinale).

Le procédé qui consiste à suturer par des sutures tout le trajet inguinal (1), nous paraît chez l'enfant trop compliqué.

La plupart des chirurgiens se contentent de réunir par plusieurs points de suture les piliers de l'orifice externe.

Et il est certain que par suite de l'irritation produite par les fils et par cette juxtaposition des piliers, ceux-ci, si les sutures les maintiennent assez longtemps en présence, s'accolent et forment une barrière très résistante et infranchissable.

D'autres préfèrent dès le premier temps de l'incision sectionner l'aponévrose du grand oblique et suturer ensuite les deux lèvres de l'incision.

Les sutures sont faites avec du catgut (Lucas-Championnière, Richelot, Jalaguier), avec de la soie (Bassini, Broca), avec du fil d'or (Félizet), avec du fil d'argent (Mitchel, Branks, Rémy). M. Rémy en se fondant sur les inconvénients du fil d'argent qui peut être éliminé comme un corps étranger voudrait le voir remplacé par le fil de fer comme pouvant être décomposé par les tissus et résorbé comme un oxyde de fer.

1. Richelot. Congrès français de chirurgie, 1892.



Ces différentes sutures donnent toutes de bons résultats, pourvu qu'elles soient aseptiques.

La peau est suturée au crin de Florence. Certains chirurgiens ajoutent un petit drain qu'ils enlèvent au bout de deux jours. Un pansement sec, avec la poudre et la gaze iodoformée, suffit largement.

Un bandage ouaté, roulé en spica, bien assujetti, en comprenant le bassin et les deux aines, peut rester deux jours en place.

On enlève les crins de Florence au bout de six à huit jours.

## *SUITES IMMÉDIATES DE L'OPÉRATION RADICALE*

Les suites immédiates de l'opération radicale sont toujours simples pourvu qu'on ait respecté les règles de la plus stricte propreté.

Le seul malaise pour l'enfant, malaise qui ne dure pas, provient des suites de la chloroformisation.

« Dès qu'il est réveillé l'enfant reprend ordinairement la gaieté habituelle. Il n'y a pas, dit « Félizet, dans toute la chirurgie infantile, une « opération qui donne moins lieu au choc que « l'opération radicale de la hernie inguinale. »

Parfois quand l'enfant n'a pas été à la selle la température vers le deuxième jour monte à 38°, à 38°,5. Sous l'influence d'un léger purgatif elle tombe en quelques heures à 37° pour ne plus remonter.

Il peut se développer un épanchement dans la vaginale entre la douzième et la trente-sixième heure ordinairement. Cet épanchement qui peut être douloureux et occasionner une légère élévation de température n'a aucune gravité et disparaît rapidement (Félizet a observé cet incident huit fois sur dix à la suite de l'opération).

L'infection de la plaie dûe à des fautes d'antisepsie rigoureuse pendant l'opération ou à un manque de propreté du côté de l'entourage pendant les jours suivants a pu parfois empêcher la réunion des lèvres de la plaie par première intention et retarder la guérison.

Les sutures sont enlevées au bout de six jours au plus tard. Un léger pansement occlusif est réappliqué, quelques jours après il est définitivement supprimé. Au bout de quinze jours ou trois semaines l'enfant commence à se lever.

Quant au port consécutif du bandage nous le déclarons inutile avec la plupart des chirurgiens. La hernie étant guérie radicalement, il n'a plus de raison d'être.

Nous ferons enfin remarquer la bénignité absolue de l'opération.

C'est ainsi que sur 275 opérés, Lucas-Championnière n'avait que deux morts. M. Richelot sur 138 opérés n'a que deux morts. M. Rémy nous assure n'avoir eu aucun décès sur 80 cas d'opération radicale chez les adultes (sans compter celles faites comme consécutives à la kélotomie pour une hernie étranglée). Ces opérations s'adressaient, il est vrai, presque toutes à des hernies de l'adulte. Mais nous croyons pouvoir affirmer que les statistiques de M. le Dr Broca et de M. Félizet ne sont pas plus sombres, et que dans la sienne M. Jalaquier ne note aucun cas de décès.



## *SUITES ÉLOIGNÉES DE L'OPÉRATION RADICALE*

L'opération radicale bien faite donne la certitude presque absolue de la guérison complète. Chez l'adulte, il faut avoir la franchise de le dire, l'opération ne donne pas toujours la cure radicale. Les récidives, quoique moins fréquentes qu'il y a quelques années, représentent encore un pourcentage assez élevé pour qu'on doive dans certains cas, se résigner à la servitude du bandage et hésiter à se lancer dans une entreprise dont le succès n'est pas absolument certain.

« Il n'en est pas de même chez l'enfant. Chez  
« lui le succès est, on peut le dire, la règle, grâce à  
« la puissante vitalité des tissus, qui se reconsti-  
« tuent dans la position que l'art leur impose,  
« grâce à l'élasticité des ouvertures qui se refer-  
« ment, des charpentes qui le restaurent, grâce  
« surtout à ce grand mouvement de la croissance  
« qui stimule l'activité de réparation et en fait  
« disparaître jusqu'aux traces sous le riche déve-  
« loppement des organes et des tissus, dont le  
« corps est le siège pendant les premières années  
« de la vie (Félizet) ».

Les nombreux enfants opérés et revus plusieurs mois ou même plusieurs années après ne présentaient pour la plupart aucune trace de récurrence de la hernie.

Les premières statistiques que nous citons plus loin se rapportent aux enfants et aux adultes. Celles de Félizet et de Broca ne comprennent que les enfants.

Lucas-Championnière accuse 12,5 succès sur 100 opérations.

Richelot (1) sur 44 malades revus, accuse 2 échecs, 8 cures utiles et 34 guérisons parfaites.

Pancarot, une récurrence sur 30 opérés.

Félizet, 105 opérations :

Une mort.

Une récurrence (à la suite du phlegmon diffus).

Mortification des piliers, récurrence sur la cicatrice de la hernie résultant d'une grande perte de substance.

Deuxième récurrence.

Dans tous les autres cas (la plupart des enfants ont été revus de 6 mois à 4 ans après l'opération. Un seul cas, Alexandre Michon, même 10 ans). La guérison ne s'est pas démentie.

Et Broca a revu 165 de ses opérés (10 après 2 ans, 4 après 1 an 1/2, 41 après un an, 45 après 9 mois, 40 après 6 mois et 15 après 3 mois). Les cicatrices étaient linéaires, blanches, molles dans quelques cas chéloïdiennes.

1. Congrès Français de chirurgie.

Pas la moindre propulsion dans les efforts (1).

Karewski en Allemagne nous donne la statistique suivante (1892) qui porte sur 287 hernies avant l'âge de 5 ans (dont 115 bubonocèles et 25 oschéocèles). De ces 25 oschéocèles, 19 avant l'âge de 2 ans, 6 seulement au-dessus.

Dans 9 cas l'opération radicale a été faite, car le bandage échoua.

Trois enfants au-dessous d'un an.

Trois enfants au-dessous de 2 ans.

Trois enfants de 2 1/2 à 3 ans.

Karewski a recueilli dans la littérature médicale jusqu'en l'an 1892, 912 cas d'opération radicale de hernie inguinale, dont 65 chez les jeunes enfants.

Ces 65 cas d'opération ont donné 3 décès :

L'un chez un enfant de 5 ans.

Le deuxième de 3 ans.

Le troisième, enfant de 15 mois.

Karewski conclut à la nécessité de l'opération radicale dans les cas où le bandage a échoué ou présente des difficultés d'application.

1. D. Gordon, *Deutsche Med. Woch.*, 1894, n. 42.



## *INDICATIONS DE L'OPÉRATION RADICALE*

Après avoir étudié les résultats donnés par le bandage et ceux donnés par l'opération radicale, il nous reste à établir les indications et les contre-indications de celle-ci.

Il y a quelques années encore, la plupart des chirurgiens étaient d'accord sur ce point, que l'opération radicale serait contre-indiquée chez les jeunes enfants et chez les vieillards.

Aux Congrès français de chirurgie, en 1886 et 1888, des discussions très intéressantes se sont engagées à ce sujet.

Socin ne veut admettre l'opération radicale au-dessous de 20 ans que dans les cas où le bandage a complètement échoué.

Lucas-Championnière ne voudrait pas la faire au-dessous de 6-7 ans.

Segond accepte la formule de Trélat, et dit que toute hernie qui ne peut être « facilement, constamment et complètement » contenue par un bandage doit être opérée.

Terrillon ne l'admet que si la guérison par bandage est impossible ou qu'une guérison rapide soit pour cause quelconque nécessaire.

Berger ne veut opérer avant l'âge de 15 ans.

Lefort ne l'admet avec logique que dans le cas d'ectopie testiculaire qui l'accompagne (1). Richelot est du même avis (2).

Il est cependant un cas dans lequel la cure radicale trouve son indication toute naturelle : c'est le cas d'étranglement herniaire traité par kélotomie.

Après la suppression de la cause de l'étranglement, il serait illogique de ne pas profiter de l'occasion qui nous est offerte de supprimer complètement la hernie. Nous n'insisterons point davantage sur ce point, car tous les chirurgiens sont d'accord pour suivre la ligne de conduite que nous venons de tracer. Notre but est de poser les indications de la cure radicale dans la hernie non étranglée.

Remarquons d'abord que le champ de la cure radicale a augmenté beaucoup d'étendue depuis quelques années. M. Félizet, qui se prononce actuellement pour la cure radicale, dans la grande majorité des cas, était moins enthousiaste de ce mode de traitement il y a quatre ans (1<sup>re</sup> édition de son *Traité des hernies inguinales de l'enfance*), comme il le dit lui-même (3) :

1. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 204.

2. Il a donc devancé les idées d'aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin, importantes, par conséquent il admet dans ce cas à tout âge.

3. Félizet, *loco citato*, page 218.

« Dans l'enfance, disions-nous, l'opération sanglante sera forcément une opération de nécessité, une opération d'exception. Le bandage permettra de statuer sans regret sur le sort des hernies qu'il n'aura pas guéries, des hernies dangereuses, des hernies rebelles et progressives ; c'est à ces hernies ainsi éprouvées et préparées que l'opération radicale aura affaire. Il y a des cas toutefois, ajoutions-nous, dans lesquels on n'aura pas besoin d'attendre longtemps, pour être certain que le bandage ne donnera rien. »

Il est une première classe de hernies où la cure radicale est indiquée parce que *seule* elle peut amener la guérison. Qu'y a-t-il en effet à attendre du bandage dans ces hernies avec malformation du trajet inguinal ?

Nous avons vu que l'effet du bandage est ici nul ou presque nul. Et ce n'est que comme palliatif temporaire qu'on peut l'employer. La cure radicale est ici nécessaire, si l'on veut obtenir la guérison complète. Et c'est cette guérison complète, si facile à obtenir à cet âge, que nous avons le devoir de rechercher chez l'enfant.

Il est une autre classe de hernies que le bandage est aussi impuissant à faire disparaître.

Ce sont celles où il existe des adhérences du viscère hernié avec le sac. Nous devons cependant faire remarquer la rareté de ces adhérences. Quand le viscère (c'est ordinairement le cœcum ou son



appendice) est adhérent au sac c'est le plus souvent quand il s'est développé en dehors de l'abdomen en quelque sorte et ces adhérences ne sont pas acquises ; mais de simples mésos normaux mais anormalement situés. Dans ce cas la hernie est irréductible en totalité ou en partie, et du reste il coexiste presque toujours des malformations du canal inguinal.

Enfin quand il existe une épiplocèle, seule ou unie à l'entérocele, le bandage échoue presque toujours, car l'épiploon se glisse avec une facilité extrême à travers le canal et ne peut être maintenu. Mais comme le fait remarquer M. Félizet, la présence de l'épiploon dans le sac n'est pas facile et souvent même impossible à diagnostiquer chez l'enfant.

Voilà donc un certain nombre de circonstances où le seul mode sérieux de traitement qu'on puisse apporter et préférer à la cure radicale échouera fatalement. Dans ces conditions il ne doit donc y avoir aucune hésitation. Il faut pratiquer l'opération radicale.

Il est un deuxième groupe de faits où le bandage peut guérir la hernie, mais ne doit cependant pas être employé. Il s'agit des hernies accompagnées d'ectopie testiculaire.

On peut en effet se trouver en présence de deux cas. 1° Le testicule situé dans le canal inguinal ou plus bas n'est pas fixé dans sa position anormale

et la hernie jouant un rôle efficace le pousse progressivement vers les bourses.

Un bandage appliqué dans ces conditions va contrarier et annihiler complètement cet effort de la hernie que nous devons favoriser au contraire. Ici donc le bandage est absolument contre indiqué. Point n'est besoin non plus d'opération radicale. Plus tard, quand la descente du testicule sera complète nous penserons à traiter la hernie.

Et si cette descente s'arrête (nous nous trouverons alors dans les conditions que nous allons étudier) le travail spontané de la hernie n'aura pas été inutile.

2° Le testicule d'abord mobile ou ne l'ayant jamais été est maintenant fixe. Par sa présence, il ne peut que rendre difficile et inefficace l'application du bandage. D'autre part, si nous nous décidons à employer ce mode de traitement, nous renonçons par cela même à faire descendre le testicule en sa place normale et l'on sait quelle est la valeur physiologique de cette glande, lorsqu'elle se trouve en ectopie. Par la cure radicale au contraire, nous supprimons la hernie et ses inconvénients et nous pourrions en y combinant l'orchidopexie espérer voir le testicule rentrer dans les bourses et se développer si, ce qui est malheureusement fréquent il n'est pas déjà dégénéré.

Il nous reste maintenant à examiner toutes les

hernies qui ne se trouvent pas dans les conditions annoncées plus haut et qui sont de beaucoup plus fréquentes.

Ce sont celles aussi, en présence desquelles il est plus difficile de se décider sur le moyen à employer pour les faire disparaître.

Le bandage, en effet, peut permettre d'obtenir une guérison qui, il est vrai, n'est jamais aussi certaine au point de vue de l'avenir que celle obtenue par la cure radicale bien faite.

Nous avons au début de ce travail, en montrant les résultats appréciables obtenus par le port du bandage, montré que même dans les cas les plus propices ce mode de traitement n'était pas sans inconvénient. Nous nous contenterons donc de les rappeler brièvement.

C'est d'abord la crainte continuelle de l'étranglement. Cet étranglement est certainement rare chez l'enfant, mais il est plus fréquent qu'on ne le croit. Tariel (1) insiste sur ce point et fait remarquer la rapidité avec laquelle les accidents évoluent alors.

Tariel dans sa thèse cite l'opinion de plusieurs auteurs, notamment de Morsh, Féré, qui indiquent la première enfance comme l'âge où l'étranglement se produit le plus souvent chez les enfants.

C'est en second lieu l'ennui de l'immobilité absolue. C'est ensuite la difficulté de l'application

1. Tariel. Thèse de Paris, 18 avril 1894.



chez les jeunes enfants, et pour les plus âgés l'hypochondrie qui en résulte souvent.

Nous ne croyons pas avoir le droit de nous appuyer sur ces inconvénients d'inégale importance pour rejeter le bandage et lui préférer de parti pris l'opération radicale. Mais il nous sera permis de faire remarquer que cette opération, dont nous avons vu l'innocuité presque absolue, et la quasi-certitude des résultats, a sur le bandage d'incontestables avantages. Il y aura donc là pour le chirurgien souvent matière à hésitation, et ce n'est qu'après avoir pesé le pour et le contre, variables avec chaque cas, qu'il se décidera pour l'intervention ou abstention.

Mais quand le bandage porté jour et nuit pendant 1-2 ans environ n'aura pas amené la guérison, le doute ne nous semble pas permis : il faut opérer.

Il faut tenir compte d'un fait qui peut présenter une indication de la cure radicale, même quand le bandage est applicable :

Il faut trancher une limite entre les enfants de la classe riche, aisée, et ceux des parents pauvres. Dans le dernier cas un bon bandage qui remplirait toutes les indications qui est en même temps coûteux leur est inabordable, puis les soins intelligents et minutieux, la surveillance stricte et rigoureuse, font défaut, ce qui est une raison de plus pour opérer d'emblée et amener une guérison rapide et définitive.

Nous verrons au chapitre suivant ce qu'il faut

prendre de la question de l'âge au point de vue de l'intervention. Mais nous dirons de suite que l'opération radicale est indiquée à tout âge et d'autant plus que l'enfant sera plus âgé, car le pouvoir curatif du bandage diminue avec l'âge.

## *CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION RADICALE*

Certaines circonstances constituent une contre-indication absolue à l'opération, d'autres constituent une contre-indication discutable. D'autre part cette contre-indication peut n'être que temporaire, ce qui est la règle, ou permanente.

Nous ne croyons pas que la possibilité de la guérison de la hernie par le port d'un bandage soit une véritable contre-indication à la cure radicale. Les deux procédés peuvent réussir.

Ils présentent chacun des avantages et des inconvénients. Mais il nous semble qu'il n'est possible de trancher la question qu'à propos de chaque cas particulier, ce que le chirurgien aura parfois de la difficulté à faire.

L'état général ou les maladies d'un organe quelconque peuvent constituer des véritables contre-indications. Toute maladie aiguë devra faire retarder l'opération. On sait les accidents broncho-pulmonaires rapidement graves, qu'amène souvent l'inhalation de chloroforme chez un enfant atteint de légère bronchite. Il ne s'agit pas



d'une opération d'urgence, par conséquent il est bien préférable d'attendre que le petit malade soit absolument bien portant. Nous ferons en outre remarquer que l'indocilité de l'enfant dans ces circonstances et les efforts de toux continuels ne pourront qu'agir nocivement sur l'état local en rendant plus difficile le maintien de l'occlusion aseptique de la plaie et en risquant de faire sauter les points de suture.

Une contre-indication sérieuse nous est donnée dans la coïncidence d'autres malformations graves : les plus importantes dont il faut tenir compte et dans lesquelles il faut s'abstenir sont :

Spina bifida.

Exthrophie de la vessie.

Pour les maladies chroniques (scrofule, rachitisme, etc...) il n'en est pas de même. Sans doute nous commencerons par remonter l'état général de nos malades avant de les opérer. Mais en les opérant avant qu'ils soient complètement guéris (ce qui demande souvent plusieurs années), nous contribuerons à l'achèvement de cette guérison en supprimant une cause de trouble dans le fonctionnement d'un organe aussi important que l'intestin.

Il nous reste un dernier point à examiner c'est la question de l'âge. On considérait autrefois, et beaucoup de chirurgiens soutiennent encore ce principe aujourd'hui, que l'opération était contre-indiquée chez les jeunes enfants.

« Je crois, dit M. Lucas-Championnière (1),  
« l'opération complète une opération grave pour  
« les très jeunes enfants. Je crois qu'il est très  
« difficile de la faire réellement efficace; mais en  
« règle générale il faut arriver à six ou sept ans  
« pour trouver matière à une bonne opération de  
« valeur courante ».

M. P. Berger (2) n'accepte la cure radicale, sauf dans les cas urgents, qu'à partir de la cinquième année en s'appuyant sur les statistiques de Hahn, Max Schœde, de Barker et de Svensvan.

Mais nous voyons Bushhan Parker (3) de Liverpool, déclarer que l'enfance est la période de la vie la plus favorable à la cure radicale des hernies.

Les statistiques récentes de Félizet et de Broca, viennent confirmer cette opinion et montrer que l'âge n'est aucunement une contre-indication. Broca conseille avec raison le port d'un bandage au caoutchouc pendant la première année non pas dans un but curatif, mais afin de permettre d'attendre un âge (2 ans 1/2 à 3 ans), où les soins consécutifs soient plus faciles. Félizet cependant s'appuyant sur la statistique de 20 enfants opérés au-dessous de 2 ans avec un plein succès, est convaincu fermement que non-seulement le très jeune âge ne constitue pas une contre-indication à l'opération radicale, mais que l'opération

1. *Cure radicale des hernies*, p. 41.

2. Duplay et Reclus. T. VI, p. 729.

3. Association méd. Britannique, 1893.

donne dans les premiers mois de la vie des résultats encore meilleurs que plus tard, en raison de la souplesse et de la puissante vitalité des tissus, qui concourent à oblitérer l'anneau et à reconstituer la région malade.

Nous sommes d'accord avec Félizet, Karewsky et Rémy, que l'âge très jeune ne présente nullement une contre-indication de l'opération et souvent une indication, vu la difficulté, presque impossibilité d'application du bandage.

L'opération radicale à cet âge, tout en présentant des difficultés en raison de l'exiguïté de la région et des soins post-opératoires, de la souillure du pansement et de l'asepsie parfois impossible à obtenir, n'en présente pas moins de bons succès et un bon avenir.

Quant à la question de l'intervention dans les hernies multiples nous voudrions conclure avec Félizet « qu'elle doit être résolue par l'affirmative, « car la débilité générale qui les accompagne « ordinairement provient en grande partie du fait « même de la hernie et est une véritable cachexie « herniaire. » Mais nous croyons cependant être plus sobre d'intervention dans ces cas, car le pronostic des opérations multiples est beaucoup moins bon.

En terminant notre travail nous devons remarquer que nous n'avons pas mentionné les hernies des jeunes filles. Si nous ne nous sommes pas occupé de ces hernies c'était avec dessein, car



nous croyons qu'elles pourraient faire un travail à part à cause de la grande différence qui existe entre elles et celles de jeunes garçons au point de vue du pronostic et du traitement... Et en réalité l'opération chez les jeunes filles est beaucoup plus facile à cause de la simplicité des éléments. Au lieu du cordon, on n'a que le ligament rond. La suture des piliers présente moins de difficultés.

L'opération radicale est absolument indiquée, vu que le bandage est d'une application difficile ne trouvant pas d'appui solide.

Puis viennent en second lieu les règles, Eventualité de la grossesse qui passera mieux après une opération qui a rendu les parois plus résistantes.

Il faut cependant remarquer que les hernies inguinales sont relativement rares chez les jeunes filles mais plus fréquentes chez les très jeunes filles.

## *OBSERVATIONS*

### OBSERVATION I (personnelle).

Cure radicale de hernie inguinale non compliquée funiculaire sur un enfant de huit mois revu après sept mois à l'infirmierie de la Maison départementale de Nanterre par le D<sup>r</sup> Ch. Remy, professeur agrégé.

Dautron Georges, garçon de huit mois, nourri au biberon. Pas de maladies antérieures. Hernie apparue onze jours après la naissance. L'enfant est bien portant.

Hernie inguinale droite, du volume d'un petit œuf, descendant dans les bourses. Les deux testicules sont à leur place normale.

Opéré le 27 juillet 1894. — Endormi au chloroforme. Incision cutanée suivant le trajet du cordon et montant au-dessus de l'anneau inguinal. La découverte du sac est assez difficile et un peu longue parce qu'il est vide. On peut commencer l'opération quand la hernie est sortie, mais elle rentre très facilement sous le chloroforme.

La séparation des éléments du cordon est facile. Le sac est pédiculé. Son collet, attiré en dehors, est lié au catgut et sa partie externe est sectionnée. Suture des piliers au moyen d'un fil d'argent. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement. Gaze iodoformée et vaseline, ouate et bandes, gutta-percha laminé.

Le pansement fut souillé de suite et dut être changé fréquemment.

Élévation de température (40°,2) le soir du jour de l'opéra-

tion. Le lendemain matin, 39°,2 ; le troisième, quatrième jour, elle est de 39°, le cinquième jour la température de 37°,8 et ne remonte plus au-dessus de 38°.

La plaie s'infecta. Un des fils ayant ulcéré on fut obligé de remettre un point de suture. La cicatrisation définitive fut ainsi retardée jusqu'au quinzième jour.

Le fil d'argent qui réunissait les piliers après être resté enkysté dans les tissus pendant plusieurs mois, a provoqué de la suppuration au mois de septembre 1894 et a été éliminé.

L'enfant revu le 7 janvier 1895, est en bonne santé. La cicatrice est à peine visible. La hernie ne présente aucune tendance à la récurrence. Les deux testicules sont en situation normale.

#### OBSERVATION II (personnelle).

Cure radicale de hernie inguinale non compliquée bubonocèle.

Sur un enfant de 6 mois dans l'infirmerie de la Maison départementale de Nanterre. Par le Dr Ch. Remy, professeur agrégé. Revu après 7 mois à peu près.

Fossé Louis, 6 mois, nourri au sein. A toujours toussé. Hernie inguinale droite du volume d'une noix, ne descendant pas dans les bourses. Les testicules sont en place et distincts de la tumeur herniaire.

Opéré le 31 juillet 1894. Chloroforme. Incision cutanée suivant le trajet du cordon et remontant un peu au-dessus de l'anneau. Le sac est très mince et difficile à reconnaître. On peut le disséquer par décollement, excepté dans une petite étendue. On laisse ce fragment de paroi. Le testicule étant fixé par un aide, le canal déférent qui est volumineux peut être facilement reconnu. Le pédicule du sac est lié au catgut, et le fond du sac est réséqué. Puis les piliers et le muscle grand oblique sont embro-

chés et suturés par un fil d'argent. Sutures de la peau au crin de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée et à la vaseline.

Pansement ouaté, bien protégé par la gutta-percha laminée.

Le soir de l'opération la température monte à 38°,4, mais elle descend rapidement les jours suivants pour tomber à la normale le quatrième jour.

Malgré cette légère évolution de la température et les vomissements abondants, la réunion a lieu par première intention. La mère avait eu soin de changer les langes de l'enfant dès qu'ils étaient souillés.

Revu le 7 janvier 1895. L'enfant tousse encore et est d'apparence chétive, mais il marche.

Pas d'apparence de récurrence de la hernie. Petite cicatrice linéaire. On sent un petit noyau induré au niveau de l'anneau. Les deux testicules sont en place normale.

Nous avons choisi parmi les 105 observations de Félizet quelques-unes qui sont plus instructives à ce point de vue qu'elles se rapportent à un âge plus jeune et qu'elles fournissent des suites plus éloignées que les autres.

### **Hernies inguinales simples.**

#### **OBSERVATION III (Félizet).**

Alexandre Michon, 5 semaines, présenté le 4 septembre 1881 à l'hôpital de Lariboisière, service de M. Duplay, suppléé par M. Félizet.

Hernie inguinale étranglée à droite. Enfant chétif. Le sixième



de la famille. Père : deux hernies inguinales. Etranglement depuis quarante-huit heures. Etat grave, vomissements, refroidissement.

Kélotomie sans chloroforme. Le débridement se fait avec le couteau de Weber, de la boîte d'oculistique. Sac plein de sérosité. Intestin violacé, pas de lésions profondes des tuniques. La hernie est funiculaire autant que je m'en souviens. Torsion du sac minutieusement disséqué, ligature et fixation avec du catgut au cadre fibreux de l'orifice inguinal. Guérison en huit jours.

Observation perdue.

Le patient est retrouvé par hasard, en décembre 1892 (11 ans après) à l'occasion d'une fracture de l'avant-bras survenue à l'un de ses frères. Guérison absolue. Pas de trace de hernie. Cicatrice opératoire visible mais très petite.

#### OBSERVATION IV (Félizet).

Alfred Hall, 16 mois, 90, rue de l'Eglise à Grenelle, entre le 24 mars 1891, salle Royer, 3. Hernie inguinale droite funiculaire. Hernie inguinale gauche testiculaire. Malformation du trajet.

Enfant robuste, pesant 7 kil. 700 grammes. Père hernieux. Frère mort à quatre ans de rougeole, avec hernie inguinale. Frère de 13 ans, a eu dès la naissance une hernie inguinale double, qui serait actuellement guérie. Les deux hernies existaient à la naissance.

Pas de coliques, ni de diarrhée; développement progressif. Les hernies sont toujours sorties. La réduction incommodait l'enfant, ce qui nous décide à opérer avec un intervalle de temps prolongé. Anneaux très larges. Piliers rudimentaires. Opération de la hernie droite le 8 avril 1891. Incision longitudinale, vaisseaux et canal déférent en avant et en dehors.

Sac très mince. Ligature du collet avec un nœud simple sans transfixion, hernie funiculaire. Suture du trajet avec deux fils d'or et deux catguts intermédiaires en empruntant l'arcade de Fallope.

Malgré l'inondation par l'urine qui rougit la peau, les sutures tiennent bien. Cicatrisation complète le 23 avril. Exéat le 26.

Le 10 juin 1893, l'enfant rentre (Salle A. Paré, 5) pour subir l'opération à gauche.

Opération le 15 juin 1891. Incision longitudinale, vaisseaux et canal déférent étalés en avant et en dehors. Sac très mince. Hernie testiculaire. Ligature simple du collet ou catgut; incision d'une collerette. Pas de réfection de la vaginale. Suture des piliers avec trois fils d'or.

« Le pilier interne manque ».

L'anse supérieure se rompt, deux anses restent. Suites simples. Impossible d'empêcher l'enfant d'inonder d'urine son pansement.

Cependant les sutures tiennent; 28 juin, sort sans pansement.

Revu le 2 juillet 1892. Guérison parfaite.

#### OBSERVATION V (Félizet).

Henri Mortereau, 11 mois, 134, Grande-Rue, à Nogent-sur-Marne. Entre le 3 décembre 1892. (Salle Royer, 4).

Hernie inguinale droite funiculaire. Enfant malingre, mais résistant; grand-père maternel hernieux. Pas de maladie antérieure. Début à l'âge de 3 mois. Coliques fréquentes, vomissements, dépérissement.

Réduction difficile. Petite pointe de hernie à gauche. Opération le 7 décembre. Incision transversale. Eléments du cordon groupés en dehors. *Bons piliers*. Ligature du sac avec le nœud du meunier. Suture du pilier avec trois fils d'or couplés. Suites

simples. Guérison à sec. Le 10 décembre l'enfant sort guéri.

Revu en février, en avril et en octobre 1892. Etat parfait.

L'enfant a repris des forces et est méconnaissable.

#### OBSERVATION VI (Félizet):

Marcel Baudet, 15 mois, 12, rue des Roses, entre le 13 novembre 1890, salle Royer. Hernie inguinale testiculaire droite étranglée.

Enfant assez fort, mais pâle. Pas d'hérédité herniaire. Apparition de la hernie, il y a deux mois, à la suite d'une coqueluche.

Depuis cinq jours, trois crises d'étranglement.

Réduction par le taxis. Le 13 novembre, le taxis est impuissant. Accidents graves. Opération le soir. Incision longitudinale. Vaisseaux en avant. Canal déférent en dehors. Sac mince. Débridement en haut. Réduction, dissection du sac. Ligature du collet avec une chaîne croisée de catgut. Surjet de la vaginale. Suture des piliers avec trois fils d'or. Suites simples. Selle abondante dans l'heure qui suit, sort sans pansement le 24 novembre. Revu en janvier 1891, février 1892, avril 1893. Guérison parfaite. Pas de traces de la hernie.

## CONCLUSIONS

I. — La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant est une opération peu grave et presque toujours efficace.

II. — Elle présente d'incontestables avantages sur le bandage dont les inconvénients sont nombreux et les bienfaits souvent hypothétiques et toujours trop longs à obtenir.

III. — Dans un certain nombre de cas elle devra lui être préférée d'emblée. Dans d'autres elle pourra lui être substituée avec avantage.

IV. — La seule contre-indication consiste dans un état général mauvais, qu'il faut s'efforcer de remonter avant de l'entreprendre.

---

Vu par le Président de la thèse.

TILLAUX

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD



## BIBLIOGRAPHIE

- Broca.** — Article inguinal, in Dict. Dechambre.
- La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant (Gaz. hebd. de méd., 1892, 2, s. XXIX, 146-148).
- Revue mensuelle des maladies des enfants, Paris, 1892.
- Berger.** — Monographie dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome VI.
- Charon.** — Cure radicale des hernies inguinales de l'enfance. Bruxelles, clinique 1893.
- De Saint-Germain.** — Traitement des hernies chez l'enfant (France médicale, 1879).
- Duplay et Reclus.** — Grand Traité de Chirurgie. T. VI.
- Dechambre.** — Dictionnaire de médecine.
- Dupuytren.** — Opération de hernie étranglée chez un enfant de 20 jours.
- Dubar.** — Hernie inguinale, congénitale, chez un enfant de 16 mois. Kélotomie. Cure radicale. Guérison (Bullet. méd. de Lille, 1894, XXXIII).
- Duret (Émile).** — Considérations sur les variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme, 1890.
- Denucé (M.).** — Deux observations de cure radicale de hernie inguinale avec reconstitution de la paroi postérieure et antérieure du trajet inguinal dans toute leur étendue par le procédé de Rossini (Journ. de méd. de Bordeaux, 1894, XXIV).

- Dezaneau.** — Cure radicale d'une hernie étranglée chez un enfant de 21 mois (Bulet. Soc. méd. d'Angers, 1889).
- Delorme et Haron.** — Les hernies inguinales de l'enfance (Arch. génér. de méd. Paris, 1894, II).
- Félizet.** — Cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants, 1890.
- Félizet.** — Hernies inguinales de l'enfance, Paris, 1894.
- Gordon.** (Mlle). — La cure radicale des hernies de l'enfance à l'hôpital Trousseau (Deutsche med. Wochenschrift, 1894, n° 47).
- Guyon.** — Hernie étranglée chez un enfant de treize mois. Kélotomie. Guérison (Progrès médical, 1875).
- Hooch Ludvig.** — Contribution à l'étude de la cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants, 1888.
- Karewsky.** — La cure radicale des hernies inguinales chez les enfants du premier âge (Deutsche mélez. Wochensch., Leipzig et Berlin, 1892, XVII).
- Lucas-Championnière.** — De la cure radicale des hernies, Paris, vol. in-8, 1892.
- Lucas-Championnière (J.).** — Sur la cure radicale des hernies, série nouvelle de 114 cas, complétant un total de 389 cas (Mémoire présenté à l'association pour l'avancement des Sciences à Besançon (Journ. de méd. et de chirur. pratique, Paris, 1893, p. 849-859).
- Phocas.** — (Agrégré à la Faculté de Lille). Remarques à propos d'une hernie inguinale congénitale chez un enfant de treize mois (Bull. méd. du Nord, Lille, 1890, XXIX).
- Phocas.** — Cure radicale des hernies inguinales chez les enfants en bas âge (Mercredi médical, 1891, p. 351).
- Phocas.** — Revue des maladies de l'enfance (18 avril 1892).















